



Istituto Giannina Gaslini



IL CORSETTO ORTOPEDICO NELLA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DEL BAMBINO SCOLIOTICO

5-6 dicembre 2003

Fondazione Gerolamo Gaslini

Corso Italia 26, Genova



**Scuola Internazionale di
Scienze Pediatriche**

Corso SIGM 5-6 dicembre 2003 seconda sessione
“Il corsetto ortopedico: la costruzione”.

CENTRO ORTOPEDICO TASSO GENOVA

Antonio Luigi Tasso - Tecnico Ortopedico - relatore
Gianluca Ariete - Perito Meccanico - collaboratore tecnico

Il corsetto tipo LIONESE: metodica costruttiva.

Si intende perfezionare il sistema “CORSETTO LIONESE” alla luce dei nuovi metodi usati nel confezionamento dei gessi correttivi, dei quali è sempre stato il naturale proseguimento.

Il corsetto LIONESE CLASSICO è normalmente costruito con due emiprese pelviche, mano di spinta toracica, eventuale pressore lombare separato per scoliosi a doppia curva, ascellari separati e scudo simmetrico anteriore, il tutto in materiale indeformabile ad alta rigidità.

Questi elementi sono collegati a due montanti, uno posteriore ed uno anteriore per mezzo di cerniere e staffe inox e resi stabili da chiusure con pomelli filettati o agganci a scatto.

L’asta anteriore ha un appoggio sternale imbottito al quale sono fissati dei prolungamenti metallici collegati agli ascellari.

All’asta anteriore è fissato anche uno scudo addominale che non supera prossimalmente lo xifoide.

Abbiamo sostituito lo scudo addominale con un pressore anteriore articolato posizionato al lato opposto della curva toracica, in modo da permettere alla depressione controlaterale di espandersi ed ottenere una detorsione del tronco. Questa è favorita sempre dal pressore anteriore registrabile, che ha lo scopo, con la sua spinta antero-posteriore, di contrastare e se possibile ridurre la lordosi paradossa che è sempre presente nelle scoliosi. (Rene Perdriolle).

Anche l’appoggio sternale è ribassato e le astine metalliche di collegamento agli ascellari sono piegate in basso, per mantenere una cifosi dorsale esistente e favorirne la formazione nei casi di dorso piatto.

Cerchiamo altresì di mantenere, per lo stesso motivo, una lordosi quasi fisiologica, senza forzarne la correzione come di consuetudine.

Il lavoro più delicato è quello del calco: il Paziente viene vestito con una maglia tubolare; si rilevano le misure: del tronco sottoseno, in vita, a livello trocanterico, altezza sterno-pube, xifoide-pube, SIAS destra e SIAS sinistra e, posteriormente, bordo superiore scapola-sacro, vita-sacro.

Il Paziente è in piedi, le mani su due manopole orientabili e alzabili anche singolarmente per equilibrare il cingolo scapolare; la lordosi ridotta moderatamente, se occorre con un appoggio addominale registrabile a vite e il bacino leggermente antiverso.

Evitiamo di mettere in trazione il Paziente perché quasi sempre tende ad aumentare la lordosi e sfuggire alla trazione mettendosi in punta di piedi.

Si svolgono le bende gessate sul Paziente partendo dalla vita verso l'alto fino a sotto le ascelle, coprendo anteriormente il manubrio sternale e posteriormente le scapole per intero.

Si scende con le bende gessate (almeno 3-4 strati sovrapposti) ricoprendo per intero il bacino fin sotto i glutei.

Vita e bacino vengono lasciati per ultimi perché, ancora freschi, si possono modellare più agevolmente. La vita si modella con una banda di cotone di 6-7 cm., che si avvolge da dietro in avanti, passa sopra le creste iliache, le SIAS (spine iliache antero-superiori) e viene fissata a terra tramite un grosso elastico posizionato al centro della pedana, all'altezza dell'arco plantare del Paziente.

Appena asciugato il gesso, in genere 3-4 minuti, si taglia con un bisturi da gesso su una banda di alluminio, che si sarà posta in precedenza posteriormente sopra la maglia tubolare.

Il negativo così ottenuto si chiude e si riempie di scagliola. Se necessario prima del riempimento si taglia in vita e si ruota nel caso di forti torsioni, oppure si taglia e si spessora o si fa traslare in caso di forti disassamenti o inclinazioni.

Ad asciugatura del positivo avvenuta, si elimina il negativo, si stilizza e si rende simmetrico nei limiti consentiti.

Usiamo fare una prova con un guscio in polietilene da 3mm, ricavato dal positivo così ottenuto.

Con questo guscio si fa una prima prova al Paziente; in questo modo possiamo stabilire esattamente i volumi e l'appiombamento delle aste: le misure del positivo finito dopo la lavorazione non sono mai corrispondenti a quelle reali.

Questo guscio di prova viene segnato con le forme e le misure definitive rilevate sul Paziente inclinato in avanti con i palmi delle mani uniti, segnando le apofisi spinose e i livelli dei pressori.

Si traccia il positivo con la resina di prova tagliata e si modellano le valve pelviche, le mani di spinta, gli ascellari in materiale sintetico ad alta rigidità: EUROPLEX (METACRILATO).

Il busto LIONESE viene montato sul gesso così tracciato e provato una seconda volta sul Paziente.

Fatte le correzioni necessarie, quali ritoccare eventualmente sotto il cavo ascellare e/o accorciare in basso le emiprese di bacino, si finisce e si consegna al Paziente che provvederà al controllo dall'Ortopedico prescrittore per verificarne la congruità ed il livello esatto delle mani di spinta.

Il costruire il guscio di prova, sembrerebbe un procedimento macchinoso, come dover fare un secondo busto, ma in questo modo siamo sicuri di ottenere un risultato soddisfacente nell'assemblaggio delle parti definitive, senza incorrere nel rischio di dover rifare i vari pezzi di europlex, con un costo notevole sia di materiale che di tempo. Nei casi di urgenza è così possibile realizzare un corsetto in due- massimo tre giorni, come avviene ad esempio in sostituzione di un gesso correttivo mal tollerato.